

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TRÊN 712 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lâm Hoàng Huân*, Trần Quốc Thái, Phạm Văn Năng

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lhhuan.bv@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng, biểu hiện khá đa dạng và có nhiều thể loại. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật với mục tiêu khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng cơ thắt hậu môn. **Mục tiêu:** Mô tả các thể rò hậu môn, giải phẫu bệnh sau mổ và đánh giá kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 712 bệnh nhân rò hậu môn điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 12/2011 đến 5/2021. **Kết quả:** Có 712 bệnh nhân rò hậu môn được phẫu thuật. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy dịch cạnh hậu môn, chiếm 81,3%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $6,2 \pm 3,3$ tháng. Phân loại đường rò: 72,6% rò gian cơ thắt và xuyên cơ thắt thấp, 12,5% rò xuyên cơ thắt cao, 5,2% rò trên cơ thắt, 3,9% rò ngoài cơ thắt, 1,2% rò móng ngựa. Biến chứng chung sau mổ chiếm 5,6% gồm chảy máu (3,1%), bí tiểu (4,6%). Tỷ lệ tái phát 3,6%. Kết quả điều trị: Tốt: 86,6%, khá: 6,6%, trung bình: 3,2%, kém: 3,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị rò hậu môn có kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ 93,2%.

Từ khóa: Rò hậu môn, phân loại rò hậu môn.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, HISTOPATHOLOGY AND OUTCOMES OF ANAL FISTULA SURGERY IN 712 PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Lam Hoang Huan, Tran Quoc Thai, Pham Van Nang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Anal fistula is the second most common benign disease of the anorectal region. Surgery is the treatment of choice, with the goals of eradicating the fistulous tract, and avoiding persistent or recurrent disease while preserving anal sphincter function. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, postoperative pathology and outcomes of anal fistulas surgery. **Materials and method:** A cross-sectional, descriptive, retrospective study was conducted on 712 patients who underwent surgery for anal fistulas from December 2011 to May 2021 in Can Tho University of Medicine and Pharmacy hospital. **Results:** 712 patients underwent surgery for anal fistulas in this period of time. Perianal discharge was the most common symptom, accounted for 81.3%. The median length between the onset of symptoms and surgical treatment was 6.2 ± 3.3 months. The fistula classification consisted of 72.6% low trans-sphincteric fistula, 12.5% high trans-sphincteric fistula, 5.2% supra-sphincteric fistula, 3.9% extra-sphincteric fistula, and 1.2% horseshoe fistula.

*The early postoperative complications rate was 5.6%, including hemorrhage (3.1%) and urinary retention (4.6%). The median wound healing time was 6.2 ± 2.49 weeks. The fecal incontinence rate was 3.8%. The postoperative recurrent rate was 3.6%. The outcomes of anal fistula surgery were good (86.6%), fairly good (6.6%), mild (3.2%) and poor (3.6%). **Conclusion:** The anal fistula surgery has good and fairly good results in 93.2% of patients.*

Keywords: Anal fistula, classification of anal fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ [3]. Bệnh cảnh nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn trực tràng, nhiễm khuẩn này dẫn tới tụ mủ, lan theo tuyến Hermann-Desfosses tạo thành ổ áp xe giữa cơ thắt trong và ngoài, từ đây vỡ ra ngoài da quanh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò khác nhau. Tuy không phải là bệnh lý gây ảnh hưởng đến tính mạng nhưng gây ảnh hưởng không ít tới tâm lý bệnh nhân và làm giảm chất lượng cuộc sống [1]. Kết quả điều trị rò hậu môn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguyên nhân, loại đường rò, phương pháp phẫu thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Để có cái nhìn tổng quát về bệnh cảnh lâm sàng cũng như hiệu quả điều trị bệnh lý này qua 10 năm thành lập Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Mô tả các thể lâm sàng và giải phẫu bệnh rò hậu môn
2. Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn và được chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 12/2011 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị rò hậu môn.

Tiêu chuẩn loại trừ: những trường hợp mất thông tin, mất liên lạc hoặc không đồng ý cung cấp thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Cỡ mẫu: tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 12/2011 đến tháng 05/2021 tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng (thời gian mắc bệnh, triệu chứng cơ năng, thời gian khởi phát, đặc điểm đường rò), phân loại theo hệ thống cơ thắt, theo tính chất đường rò.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: giải phẫu bệnh sau mổ, biến chứng sớm sau mổ: chảy máu, bí tiểu và biến chứng muộn: mất tự chủ hậu môn (theo thang điểm Wexner), tái phát (chẩn đoán tái phát khi (1) vết thương không lành hoàn toàn mà có lỗ rò ngoài chảy dịch nằm trên đường mổ cũ sau mổ 8 tuần, (2) xuất hiện lỗ rò ngoài mới trong quá trình theo dõi), thời gian lành vết mổ, kết quả điều trị chung. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị chung dựa theo Van Koperen: tốt (không bị tái phát, không mất tự chủ hậu môn, không hẹp, biến dạng hậu môn), trung bình (không bị tái phát, mất tự chủ hậu môn độ I, sẹo hẹp, biến dạng hậu môn), kém (bị tái phát, mất tự chủ hậu môn độ II trở lên không hồi phục).

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Hỏi bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng, khám hậu môn ghi nhận đặc điểm lỗ rò ngoài và đường rò. Thực hiện các cận lâm sàng tiền phẫu

* Phương pháp vô cảm: gây tê tùy sống hoặc tê ống cùng

* Tư thế phẫu thuật: tư thế sản khoa

* Các bước phẫu thuật:

+ Xác định lỗ rò trong (bơm hơi, xanh methylen, oxy già, dùng que thăm dò)

+ Xác định loại rò hậu môn và lựa chọn phương pháp phẫu thuật:

✓ Rò giữa cơ thắt và rò xuyên cơ thắt thấp: cắt mở đường rò

✓ Rò xuyên cơ thắt cao: thắt đường rò bằng dây cao su (seton)

+ Lấy một phần mô đường rò làm giải phẫu bệnh

Đánh giá biến chứng sớm sau phẫu thuật (24 giờ): Chảy máu vết mổ, bí tiểu, trí tắc mạch.

Sau xuất viện, đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng theo dõi: chức năng cơ thắt hậu môn, hẹp hậu môn, thời gian lành thương và tái phát, kết quả phẫu thuật.

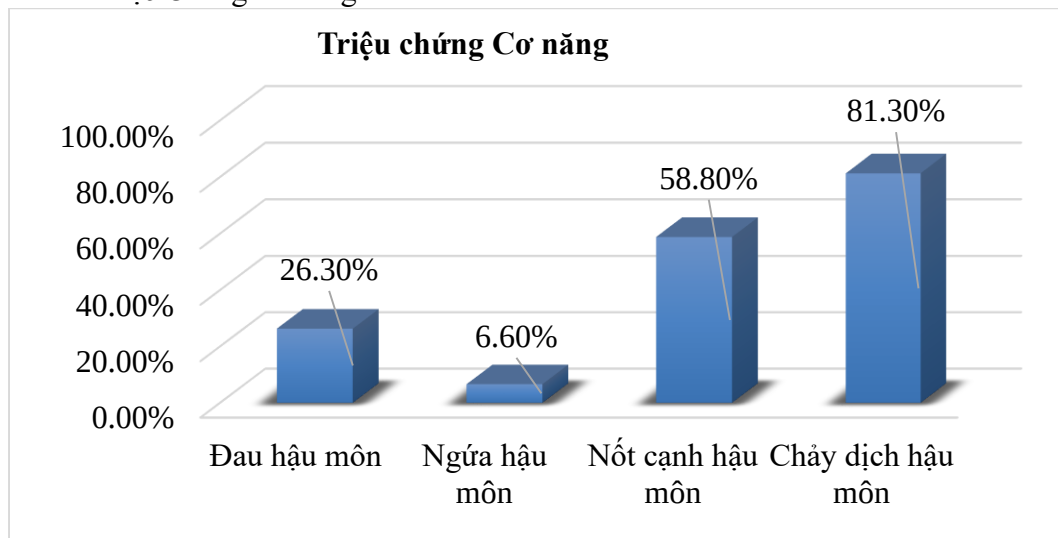
2.5. Phương pháp xử trí số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2011 đến 5/2021 chúng tôi thu thập 712 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh để tiến hành nghiên cứu và cho kết quả sau

3.1 Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

- Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng

- Thời gian mắc bệnh trung bình: $6,23 \pm 3,34$ tháng, ngắn nhất là 1 tháng, lâu nhất là 14 tháng.

- Tiền sử bệnh nhân

Bảng 1. Tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn

Tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn	n	Tỷ lệ
Phẫu thuật áp xe hậu môn	51	7,2%
Phẫu thuật rò hậu môn	88	12,4%

Phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng (cắt trĩ)	23	3,2%
Không tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng	550	77,2%

- Đặc điểm đường rò

+ Lỗ rò ngoài: 620 trường hợp có 1 lỗ rò ngoài chiếm tỷ lệ 87%, 57 trường hợp 2 lỗ rò ngoài 8%, ≥ 3 lỗ rò ngoài tỷ lệ 5%, nhiều nhất là 10 lỗ rò ngoài. Khoảng cách trung bình từ vị trí lỗ rò ngoài tới rìa hậu môn: $2,12 \pm 0,93\text{cm}$. Có 62% trường hợp lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau hậu môn.

+ Lỗ rò trong: có 92% tìm thấy lỗ rò trong khi phẫu thuật, trong đó 68% trường hợp lỗ rò trong được ghi nhận ở nửa sau hậu môn. 1 lỗ rò trong chiếm 83,2%, 2 lỗ rò 12,1%, ≥ 3 lỗ rò trong chiếm 4,5%. 87,8% lỗ rò trong nằm ngay đường lược.

- Phân loại rò hậu môn

Bảng 2. Phân loại rò hậu môn theo hệ thống cơ thắt

Theo hệ thống cơ thắt	n	Tỷ lệ
Rò gian cơ thắt hoặc xuyên cơ thắt thấp	517	72,6%
Rò xuyên cơ thắt cao	89	12,5%
Rò trên cơ thắt	37	5,2%
Rò ngoài cơ thắt	28	3,9%
Khác	41	5,8
Tổng	712	100%

Bảng 3. Phân loại rò hậu môn theo tính chất đường rò

Tính chất đường rò		n	Tỷ lệ
Rò đơn giản		478	67,2%
Rò phức tạp	Rò xuyên cơ thắt cao	132	56,3%
	Rò ngoài cơ thắt	58	24,7%
	Rò móng ngựa	8	3,4%
	Rò kép	27	11,6%
	Rò tam	5	2,8%
	Khác	3	1,2%

- Giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 4. Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ		n	Tỷ lệ
Không thực hiện		260	36,5%
Có thực hiện	Mô viêm mạn	349	77,2%
	Mô viêm bán cấp	57	12,6%
	Mô viêm cấp	15	3,4%
	Mô lao	4	0,9%
	Ung thư biểu mô	1	0,2%
	Khác	26	5,7%

3.2 Kết quả điều trị rò hậu môn

- Biên chứng sớm sau mổ: Tỷ lệ biến chứng chung: 5,6%, trong đó chảy máu sau mổ: 3,1%, bí tiểu 4,6%, trĩ ngoại tắc mạch: 1,2%. Đau sau mổ: không đau chiếm 12%, đau nhẹ: 85%, trung bình: 3% chủ yếu ở bệnh nhân được cột seton.

- Biến chứng muộn: chậm lành vết mổ chiếm tỷ lệ 4,2%, mất tự chủ hậu môn nhẹ: 3,8% (6 tháng sau mổ). Thời gian lành vết mổ trung bình: $6,2 \pm 2,49$ tuần ngắn nhất là 4 tuần và dài nhất là 16 tuần.

- Tỷ lệ tái phát: 3,6%. Trong đó tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân rò hậu môn đơn giản là 1,2% và rò hậu môn phức tạp là 8,4%.

- Kết quả điều trị: Kết quả tốt đạt 86,6%, khá 6,6%, trung bình 3,2 %, kém 3,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

Triệu chứng cơ năng của rò hậu môn, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 81,3% có chảy dịch hậu môn, 58,8% sờ chạm nốt cạnh hậu môn, đau hay ngứa hậu môn ít gặp hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác như Lữ Hoàng Phi (2015), Nguyễn Thế Hiệp (2017), Võ Duy Kha (2019) [6], [2], [5]. Theo Trịnh Hồng Sơn, chảy dịch hậu môn và sờ chạm nốt cạnh hậu môn chỉ chiếm 50% trong khi đau hậu môn chiếm 77,3% [8]. Sự khác biệt này có thể do đau là cảm giác chủ quan, phụ thuộc vào mức chịu đựng mỗi người, đồng thời cũng phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, giai đoạn sớm đau hậu môn có thể là triệu chứng cơ năng chính.

Rò hậu môn là bệnh mạn tính, xảy ra thương tổn ở vị trí tế nhị, làm bệnh nhân ngại đi khám và điều trị. Thời gian mắc bệnh kéo dài có thể do các nguyên nhân sau: do tính chất của bệnh không gây nguy hiểm đến tính mạng, chưa gây ảnh hưởng gì nghiêm trọng đến sức khỏe nên bệnh nhân không chịu đi khám bệnh, một phần các bệnh nhân đã phát hiện rò hậu môn trước đó nhưng lại điều trị không đúng như: dùng kháng sinh, thuốc đông y, thuốc nam nhiều đợt không khỏi rồi mới đến viện, do đó trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình là 6,23 tháng và bệnh nhân mắc bệnh lâu nhất là 14 tháng, phù hợp nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi (2015), thời gian bệnh trung bình là 4 tháng [6].

Bệnh nhân đã từng phẫu thuật rò hậu môn trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,4%. Rò hậu môn tuy dễ chẩn đoán lâm sàng nhưng điều trị không đơn giản và tỉ lệ tái phát phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Trong nghiên cứu của ô Đình Công có đến 40% bệnh nhân đã từng phẫu thuật rò hậu môn, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi là 8,2%. Điều này cho thấy, điều trị rò hậu môn chưa được quan tâm đúng mức do đó tỷ lệ tái phát còn cao và ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị.

Đặc điểm đường rò, chúng tôi ghi nhận 1 lỗ rò ngoài chiếm tỷ lệ 87%, 2 lỗ rò ngoài chiếm 8%, ≥ 3 lỗ rò ngoài 5%, nhiều nhất là 10 lỗ rò ngoài. Khoảng cách trung bình từ vị trí lỗ rò ngoài tới rìa hậu môn: $2,12 \pm 0,93$ cm. Có 62% trường hợp lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau hậu môn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Thế Hiệp, một lỗ rò ngoài chiếm tỷ lệ 84,2%, 11% có 2 lỗ rò ngoài [2]. Theo Phan Anh Tuấn, số bệnh nhân có 1 lỗ rò ngoài chiếm đa số (90,74%) và khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn từ 1-2cm chiếm nhiều nhất (50,9%) [9].

- Lỗ rò trong: chúng tôi nhận thấy có 92% tìm thấy lỗ rò trong trong phẫu thuật với các phương pháp chủ yếu như bơm hơi, que thăm dò hoặc xanh methylene, trong đó 68% trường hợp ở nửa sau hậu môn. 1 lỗ rò trong được ghi nhận ở 83,2% trường hợp, 2 lỗ rò trong 12,1% và ≥ 3 lỗ rò trong chiếm 4,5%. 87,8% lỗ rò trong nằm ngay đường lược. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu 140 ca rò hậu môn của tác giả Nguyễn Văn Xuyên năm 2007, số bệnh nhân có 1 lỗ rò trong cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (69%), và có đến 74,3% lỗ rò trong nằm ở nửa sau hậu môn [10]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó và cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh: các tuyến Hermann-

Desfosses là nơi xuất phát của quá trình viêm mủ nằm tập trung phần lớn ở nửa sau của ống hậu môn.

Phân loại đường rò, trong nghiên cứu chúng tôi, rò gian cơ thắt và rò xuyên cơ thắt thấp chiếm tỷ lệ cao (76,2%), rò xuyên cơ thắt chiếm 12,5%, rò trên và ngoài cơ thắt chiếm lần lượt 5,2% và 3,9%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Rosa, với tỷ lệ rò gian cơ thắt và xuyên cơ thắt thấp chiếm tỷ lệ 82,1%. Theo tính chất đường rò, chúng tôi ghi nhận 67,2% trường hợp rò đơn giản và 32,8% rò phức tạp. Tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng, tỷ lệ rò đơn giản là 72,4% và rò phức tạp là 27,6% [4]. Nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi, rò đơn giản chiếm tỷ lệ 63,2% và rò phức tạp chiếm tỷ lệ 36,8% [6]. Rò kép là loại rò có hai lỗ ngoài thông với hai lỗ trong bằng những đường rò độc lập. Đây là hình thái rò hậu môn ít gặp (chúng tôi gặp 27 trường hợp). Trong phẫu thuật, lựa chọn phương pháp mở ngổ cả hai đường rò hay chỉ mở ngổ một đường và đặt seton đường rò còn lại phải tùy theo từng trường hợp. Cùng với rò kép, rò móng ngựa cũng là hình thái RHM ít gặp (chúng tôi chỉ gặp 8 trường hợp). Chẩn đoán và điều trị nó vẫn còn là một thách thức, vấn đề căn bản trong mổ là phải tìm được lỗ trong, mở ngổ và dẫn lưu tốt.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, trong nghiên cứu chúng tôi, có 452 trường hợp, tỷ lệ 63,5% được sinh thiết mô làm giải phẫu bệnh, kết quả ghi nhận: mô viêm mạn chiếm tỷ lệ 77,2%, mô viêm bán cấp và cấp lần lượt là 12,6% và 3,4%, mô lao 0,9%, ung thư biểu mô: 0,2%. Nguyễn Sơn Hà [1] nghiên cứu có 136/225 BN được làm xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ, kết quả thu được 124/136 bệnh nhân (chiếm 91,2%) là các trường hợp viêm xơ mãn tính, 12/136 bệnh nhân (chiếm 8,8%) rò do lao. Tác giả Trịnh Hồng Sơn [7] nghiên cứu thấy tỷ lệ viêm lao là 8%. Theo tác giả Nguyễn Đình Hối [3], nghiên cứu 258 bệnh nhân rò hậu môn mổ tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1978 - 1987) có 90% viêm không đặc hiệu, 2,3% là viêm lao. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ làm giải phẫu bệnh mô đường rò cao hơn, có thể do phần lớn trường hợp của rò hậu môn của chúng tôi tương đối phức tạp, rò hậu môn tái phát. Đây cũng giải thích cho việc các nguyên nhân như đặc hiệu như lao,... tương đối thấp trong nghiên cứu. Ở nhóm không làm giải phẫu bệnh, thường gặp ở nhóm rò đơn giản, có thể do nguyên nhân chủ quan từ phẫu thuật viên.

4.2. Kết quả điều trị rò hậu môn

Biến chứng sớm sau mổ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung: 5,6%, trong đó chảy máu sau mổ: 3,1%, bí tiểu 4,6%, trĩ ngoại tắc mạch: 1,2%. Đau sau mổ: không đau chiếm 12%, đau nhẹ: 85%, trung bình: 3%. Bệnh nhân đau trung bình chủ yếu gặp ở trường hợp cột seton. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ của chúng tôi cũng tương đương với tác giả Koperen. Biến chứng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hùng cao hơn của chúng tôi với tỷ lệ 13,7% bí tiểu sau mổ, 2,21% chảy máu sau mổ phải mổ lại cầm máu [4]. Nhìn chung, phẫu thuật rò hậu môn là phẫu thuật tương đối an toàn, biến chứng chủ yếu là bí tiểu sau mổ, chảy máu sau mổ thường nhẹ có thể được điều trị bảo tồn thành công.

Biến chứng muộn: Đặc điểm của vết mổ rò hậu môn thường là để mở và mất một diện tích da. Đồng thời thường xuyên tiếp xúc với vi khuẩn từ lòng trực tràng và da quanh hậu môn nên thời gian lành vết mổ thường dài hơn so với các phẫu thuật khác. Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian lành vết mổ trung bình: $6,2 \pm 2,49$ tuần, ngắn nhất là khoảng 4 tuần, nhiều nhất – 16 tuần, chậm lành vết mổ chiếm tỷ lệ 4,2%. Mất tự chủ hậu môn nhẹ: 3,8% (6 tháng sau mổ). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Lữ Hoàng Phi, dao động từ 2 - 13 tuần và đa số bệnh nhân lành vết mổ vào tuần thứ 4- 5 sau mổ (48,6%) [6]. Tác giả Oliveira sau một năm theo dõi, thời gian lành vết mổ từ 2- 16 tuần, thời gian lành trung bình là 5 tuần [15].

Tỷ lệ tái phát: 3,6%, trong đó rò hậu môn đơn giản là 1,2% và phức tạp là 8,4%, đồng thời thường gặp ở những bệnh có tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng hơn. Cụ thể chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tái phát thường gặp ở nhóm có phẫu thuật áp xe hoặc rò hậu môn trước đó, tỷ lệ lần lượt là 10% và 17,6%, trong khi nhóm không có tiền sử mổ vùng hậu môn tỷ lệ tái phát chỉ 2,7%. Tỷ lệ tái phát chung của chúng tôi thấp hơn so với những nghiên cứu trước đây như tác giả Nguyễn Xuân Hùng [4] nghiên cứu 225 bệnh nhân mổ rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức trong 4 năm 2003 - 2006, kết quả có 24/153 bị tái phát (15,7%). Theo Trịnh Hồng Sơn (1988) tỷ lệ tái phát là 28%, tới năm 1999 tỷ lệ tái phát còn 0% [7], [8], nhưng tương tự các nghiên cứu gần đây của Lữ Hoàng Phi, Nguyễn Thế Hiệp [6], [2]. Các tác giả cũng cho rằng phẫu thuật thất bại là do không tìm và xử lý lỗ rò trong tốt, chưa đánh giá chính xác được đường rò, nhất là các đường rò phức tạp có nhiều nhánh phụ và mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt.

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo 4 nhóm: tốt, khá, trung bình, kém. Hầu hết các trường hợp, đạt loại tốt, chiếm tỷ lệ Kết quả tốt đạt 86,6%, khá 6,6%, trung bình 3,2%, kém 3,6%, kết quả kém chúng tôi ghi nhận ở nhóm tái phát sau mổ. Theo El-Said M. và cộng sự, đánh giá kết quả điều trị 46 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp có 87,5% đạt kết quả tốt, 6,25% bệnh nhân tái phát có kết quả kém. Tác giả còn kết luận rằng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng đã có sự cải thiện đáng kể. Nghiên cứu chúng tôi đạt tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên [10], với kết quả tốt chiếm 74%, điều này cũng phù hợp do những nghiên cứu này tiến hành trên bệnh nhân rò hậu môn phức tạp, trong khi chúng tôi tiến hành trên bệnh nhân rò hậu môn chung.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 712 trường hợp, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Phân loại đường rò, tỷ lệ rò gian cơ thắt và rò xuyên cơ thắt thấp chiếm tỷ lệ cao (76,2%), rò xuyên cơ thắt chiếm 12,5%, rò trên và ngoài cơ thắt chiếm lần lượt 5,2% và 3,9%. Trong đó 67,2% trường hợp rò đơn giản và 32,8% rò phức tạp

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: với tỷ lệ 63,5% bệnh nhân làm giải phẫu bệnh, trong đó, mô viêm mạn chiếm tỷ lệ 77,2%, mô viêm bán cấp và cấp lần lượt là 12,6% và 3,4%, mô lao 0,9%, ung thư biểu mô: 0,2%

Phẫu thuật điều trị rò hậu môn đạt kết quả tốt là 86,6% và khá là 6,6% các trường hợp, tỷ lệ tái phát chung là 3,6%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Sơn Hà (2007), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức*, Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Đình Hối (2002), *Rò hậu môn, Hậu môn trực tràng học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 129- 147
3. Nguyễn Thế Hiệp (2017), *Nghiên cứu điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Xuân Hùng (2008), *Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003-2006*, *Y học Việt Nam*, 7(2), tr. 49- 53.
5. Võ Duy Kha (2019), *Vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng trong chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện trường đại học y dược cần thơ năm 2017-2019*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.

6. Lữ Hoàng Phi (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
7. Trịnh Hồng Sơn (1988). *Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Trịnh Hồng Sơn (2006), "Một số hình thái lâm sàng của rò hậu môn", *Y học thực hành*, 9, tr. 2-6.
9. Phan Anh Tuấn (2008), *Nghiên cứu giá trị định luật Goodsall trong rò hậu môn*, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD TP Hồ Chí Minh.
10. Nguyễn Văn Xuyên (2007), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng kết quả điều trị bệnh rò hậu môn qua 140 trường hợp tại bệnh viện 103*, *Y học thực hành*, 9, tr. 8-12.
11. G. Rosa (2006), *Fistula – in ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and result in 844 patients*, *Tech Coloproctol*, 10, pp. 215 – 221.
12. Poon Chi-Ming, Ng Dennis Chung-Kei (2008), *Recurrence Pattern of Fistula-in-Ano in a Chinese Population*, *J Gastrointest Liver Dis*, 17(1), pp. 53- 57.
13. Sanjeewa A. Seneviratne (2009), *Quality of life following surgery for recurrent fistula-in-ano*, *Tech Coloproctol*, 13, pp. 215- 217.
14. Van Koperen P. J., et al (2008), *Perianal fistulas: developments in the classification and diagnostic techniques, and a new treatment strategy*, *Ned Tijdschr Geneesk*, 152 (52), pp. 2774-2780.
15. Paulo Goncalves de Oliveria (2012), *Anal fistula: results of surgical treatment in a consecutive series of patients*, *J Coloproctol*, 32(1), pp. 60- 64.

(Ngày nhận bài: 08/11/2021 – Ngày duyệt đăng: 19/11/2021)
